

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 76

Travail de la clinique chirurgicale infantile du Professeur Nové-Josserand

Sur l'ÉVOLUTION
des OSTÉITES TUBERCULEUSES
du COL du FÉMUR
et leur traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand BARBELANNE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Novembre 1904 à St-ORENS-POUY-PETIT (Gers)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**Sur l'évolution des ostéites tuberculeuses du col du fémur
et leur traitement**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail de la clinique chirurgicale infantile du Professeur Nové-Josserand

Sur l'ÉVOLUTION
des OSTÉITES TUBERCULEUSES
du COL du FÉMUR
et leur traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand BARBELANNE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Novembre 1904 à St-ORENS-POUY-PETIT (Gers)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	X.
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (leon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NOVÉ-JOSSERAND, *président*; TAVERNIER, *assesseur*;

SANTY; GUILLEMINET, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Au moment où leur rêve le plus cher est sur le point de se réaliser, je leur dédie ce travail, bien faible témoignage de mon amour filial, et fruit des lourds sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MA SŒUR JULIETTE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES COUSINS

A MES COUSINES

A MON ONCLE

LE PROFESSEUR FERDINAND LARNAUDE

Doyen honoraire de la Faculté de Droit de Paris

Sa vie, toute de travail et d'honneur, a été pour moi le plus bel exemple. Faible témoignage d'affectueuse reconnaissance pour l'appui qu'il m'a toujours assuré et pour ses encouragements au travail.

A MA TANTE

Homage de mes sentiments affectueux.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile et d'orthopédie

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury de thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre gratitude et de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

Il nous a toujours reçu avec la plus grande bienveillance dans son service de l'Hôpital Debrousse et à la Charité.

Nous lui faisons le très humble hommage de ce travail et nous le prions d'agréer nos remerciements respectueux pour cette marque d'intérêt.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUZET

Chef de Clinique à la Faculté

Il nous a inspiré notre travail et ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils. Nous l'assurons de notre reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PICQUET

Chirurgien adjoint du Sanatorium maritime de Zuydcoote

Qui a bien voulu nous fournir deux observations avec leurs radiographies et qui a ainsi contribué à l'élaboration de ce travail.

Nous lui faisons l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MES MAITRES LES PROFESSEURS DE FACULTÉ
DE TOULOUSE ET DE LYON

A MES MAITRES DE L'ECOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE

Sur l'évolution des ostéites tuberculeuses du col du fémur et leur traitement

CHAPITRE PREMIER

Introduction

D'un point de vue général, les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires sont connues depuis longtemps, et ont fait l'objet d'études approfondies.

Déjà, Lannelongue et Comby, signalent dans leurs mémoires le danger que font courir aux articulations les suppurations qui les avoisinent.

Quelques années plus tard, König, en 1881, cherchant à écarter ce danger, décrit le traitement qui vise à protéger l'article « dans les cas où la jointure est indemne et les fonctions bien conservées ».

Mais c'est Ménard (de Berck) qui, le premier, dans la *Revue d'Orthopédie* de 1885, individualisa les ostéites juxta-articulaires, au point de vue clinique et anatomique ; des publications ultérieures complétèrent encore son article, parmi lesquelles la thèse de son élève Faleur ; Ollier, vers la même époque, en signale

quelques cas qui siègent au voisinage des grandes articulations.

Lance, en 1901, dans une description magistrale traite des ostéites juxta-coxales.

En 1910, Ménard, dans un rapport au Congrès de l'Association Française de Chirurgie, en donne une étude clinique suivie d'un traitement approprié.

Il nous faut, ensuite, arriver vers 1920 pour voir, à nouveau, soulever cette grosse question de pathologie infantile : une série de travaux sont publiés en Allemagne par Dünker, en France par Sorrel et l'Ecole de Berck, Nové-Josserand, et ses élèves Fouïlloux-Buyat, Yovanovitch, qui en fixent l'évolution et la thérapeutique.

Broca consacre, à son tour, une étude aux ostéites juxta-articulaires, en prenant pour type la localisation à la hanche et au genou.

Depuis, quelques cas épars ont été publiés un peu partout, avec leur traitement et ses résultats éloignés : nous avons ainsi relevé deux cas de tuberculose juxta-coxale (col fémoral), publiés par Mlle Chauveau et M. Sorrel, dans la *Société Anatomique* de janvier 1921 ; un cas de tuberculose du col, avec intervention conservatrice, décrit par Allenbach, de Strasbourg, dans la *Revue d'Orthopédie* de 1924.

En 1925, une étude d'ensemble des ostéites juxta-articulaires purement métaphysaires, mais englobant des atteintes d'os variés (radius, cubitus, tibia, fémur, etc.), est publiée à Toulouse ; l'auteur rapporte, entre autres localisations, deux observations d'ostéite du col, communiquées, l'une par le Docteur Sorrel, l'au-

tre par le Docteur Lance, et dont l'intervention a été suivie de guérison dans le second cas et d'une coxalgie atténuée dans le premier.

Ainsi, nous n'abordons pas une question entièrement neuve, car, à côté de ces observations d'ostéite du col, des études approfondies des ostéites juxta-articulaires en général ont été faites, et le tableau anatomo-clinique de la localisation tuberculeuse que nous allons envisager peut en être déduit. Mais s'il existe entre elles un certain nombre de points communs, nous verrons par ailleurs qu'en raison des données anatomiques qui individualisent leur évolution et leur voie d'accès, elles diffèrent les unes des autres et réclament une description à part; celle-ci doit être entreprise, nous semble-t-il, suivant chaque localisation osseuse et suivant son siège sur l'os lui-même.

C'est pourquoi, possédant quelques observations personnelles d'ostéite tuberculeuse du col fémoral, et deux, que nous devons à l'obligeance du Professeur Picquet, du Sanatorium maritime de Zuydcoote, nous nous sommes attachés à l'étude de cette localisation.

Nous avons cru bon aussi de rappeler quelques observations publiées dans les travaux sur les ostéites juxta-articulaires, titre sous lequel les ostéites du col ont été, jusqu'à ce jour, décrites; nous en ferons un résumé précis malgré sa concision.

Comme nous venons de le voir, les observations publiées d'ostéite du col ne sont pas nombreuses, à notre connaissance; et nous espérons donc apporter à notre sujet, une contribution personnelle suffisante puisque nous avons pu en colliger quatorze se répar-

tissant ainsi : sept cas d'ostéite limitée au col avec des réactions articulaires variables; quatre d'ostéite cervico-trochantérienne ou cervico-diaphysaire, et trois d'ostéite ayant envahi tout le col.

De leur étude, il ressort que la physionomie générale de l'ostéite du col rappelle, en bien des points, toutes les ostéites tuberculeuses métaphysaires, mais qu'à la hanche, en raison des données anatomiques spéciales, le foyer tuberculeux peut être limité au col, et rester plus intra-articulaire que juxta-articulaire; qu'il évolue, au début, à bas bruit, sans gros retentissement articulaire tout d'abord, malgré l'intimité de l'os et de l'article.

Les ostéites du col, ainsi envisagées, se différencient des ostéites para-articulaires, évoluant à grande distance de la capsule et de la synoviale (par exemple : ischion, ilion, diaphyse), et de l'ostéo-arthrite diffuse, primitive d'emblée.

Division

De ce qui précède découle assez logiquement le plan que nous nous proposons de suivre.

Après un rappel anatomique assez bref, mais nécessaire pour fixer certaines particularités de l'articulation coxo-fémorale, nous dirons quelques mots des faits cliniques; nous nous étendrons plus longuement sur l'anatomie pathologique en insistant sur la morphologie générale des foyers inflammatoires que nous avons rencontrés et sur leur image radiographique; nous décrirons leur évolution avec leurs résultats actuels.

Enfin, en abordant la question du traitement nous dirons, à propos de chaque cas particulier, la thérapeutique mise en œuvre et les déductions que nous pouvons en tirer.

CHAPITRE II

Rappel anatomique

Quelques rappels anatomiques nous paraissent indispensables pour bien mettre en évidence et expliquer le processus inflammatoire qui va évoluer dans l'articulation de la hanche.

Nous envisageons d'abord, le développement de l'extrémité supérieure du fémur en fixant la situation des cartilages de conjugaison, auxquels on prête le rôle de « barrière » à la propagation des inflammations. Puis, nous montrerons que les rapports étroits du bulbe de l'os et de la synoviale constituent un point d'élection pour la propagation du foyer inflammatoire à l'article.

Quatre points d'ossification président au développement de l'extrémité supérieure du fémur: un point primitif pour le col; un point pour la tête; un point pour le grand trochanter; le quatrième pour le petit trochanter.

Ces quatre points sont séparés entre eux par trois

cartilages de conjugaison, qui limitent ainsi des zones de tissu spongieux, sur lesquelles se localiseront plus volontiers des foyers inflammatoires ; car, il est de notion classique que la tuberculose affectionne le tissu spongieux. Mais, alors que dans certaines articulations, le cartilage de conjugaison épiphysaire isole de la diaphyse l'extrémité osseuse articulaire, nous pouvons voir ici que, seule, la tête fémorale se trouve bien isolée dans l'articulation ; c'est là, pensons-nous, ce



Rapports du bulbe osseux du col
avec la synoviale
et les cartilages de conjugaison
(d'après TESTUT)

qui explique qu'elle soit si souvent respectée, même dans les cas de lésions diffuses du col ; il n'y a pas de cartilage qui sépare nettement la diaphyse du col ; le tissu spongieux diaphysaire fait suite au tissu spongieux du col, la voie est donc libre pour la propagation de l'infection du col à la diaphyse, ou inversement.

Le processus inflammatoire gagnant de proche en proche, ou repoussé par les strates d'allongement de l'os, ne sera arrêté qu'à l'union de la tête et du col où la « barrière » cartilagineuse s'opposera à l'extension. Mais cette « barrière » n'est pas infranchissable, et le cartilage peut être, à son tour forcé, livrant ainsi l'article à l'infection.

Ce que nous avons dit plus haut du point épiphysaire de la tête, nous pouvons le dire aussi des noyaux du grand et du petit trochanter, séparés eux-mêmes à leur base du bulbe osseux par leur cartilage propre ; mais notre sujet ne nous impose point leur étude.

Il est facile, par ailleurs, de penser que ces lésions ne sont pas sans avoir un retentissement sur l'évolution de ces cartilages, amenant souvent des désordres sérieux dans l'ossification, et des troubles trophiques, laissant en présence des surfaces osseuses mal adaptées et des guérisons terminales en varus ; le col détruit, la tendance naturelle de la cuisse est de se porter en rotation externe et en adduction, ce qui, avec le varus donne encore une attitude plus défectueuse.

Enfin, si nous considérons les rapports du bulbe osseux avec la synoviale articulaire, nous voyons que cette dernière l'enserme très intimément à la manière d'un manchon doublé de la capsule avec ses ligaments. Sa portion principale ou synoviale proprement dite engaine le col dans sa partie inférieure jusqu'au petit trochanter, et l'accompagne jusqu'à sa portion postérieure ; à ce point seulement, la synoviale soulève la capsule et la traverse, formant un bourrelet semi-annulaire par où le processus inflammatoire peut se

propager à la capsule et par où aussi peut fuser le pus d'un abcès.

C'est uniquement dans cette région postéro-inférieure du col répondant à son tiers externe que celui-ci perd tout contact avec la capsule et qu'il devient extra-articulaire.

De ces considérations, nous concluons avec Testut que « la propagation de l'inflammation à l'articulation est à peu près fatale en raison des rapports du bulbe de l'os avec la synoviale articulaire » et nous nous expliquons aussi plus aisément « que la plus légère inflammation de cette portion de l'os s'accompagne fatalement d'arthrite ».

Enfin, il est logique encore de penser que l'irrigation artérielle du col puisse jouer un rôle dans la localisation de ces lésions qui correspondent souvent à des régions déterminées de la distribution artérielle. On peut ainsi considérer ces foyers comme une « localisation embolique » d'une infection générale.

Ce danger, maintenant bien connu, il nous restera à apprécier le degré des lésions et leur opérabilité, pour instituer un traitement dont les résultats sont fonction de sa précocité.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

On peut bien dire que les notions anatomo-pathologiques dominent la thérapeutique de la tuberculose osseuse. Agir en les négligeant, serait aller en aveugle en s'exposant à de bien lourdes catastrophes. C'est sur elles que nous nous fonderons pour prévoir l'évolution de nos lésions et faire le choix d'un traitement approprié. C'est en raison aussi de leur importance primordiale que nous avons basé sur elles la classification de nos cas particuliers.

Nous les avons divisés en trois classes : dans la première, nous plaçons les ostéites tuberculeuses, dont le foyer est limité au bulbe de l'os et que nous désignons sous le titre d'*ostéites « bulbaires » du col*.

Dans la seconde, nous englobons les foyers cervicaux étendus au trochanter ou à la diaphyse : *ostéites cervico-trochantériennes et ostéites cervico-diaphysaires*.

Enfin, dans une troisième classe, nous groupons les

ostéites dont les foyers occupent tout le col: *lésions de tout le col*.

A propos de chacune de nos catégories, nous noterons la réaction articulaire correspondante, si elle existe, en essayant de l'expliquer par le siège du foyer.

A. — Ostéites bulbaires du col

Nous avons relevé cette localisation dans six observations personnelles (Obs. I, III, IV, V, VII, VIII) et deux étrangères (Obs. XIV, XV).

1° *Siège* : Il est assez rigoureusement central dans le bulbe osseux du col, mais il peut se développer aussi sur ses bords, sur le bord inférieur par exemple ou épine du col, comme dans notre observation VII.

2° *Aspect radiographique* : L'aspect est assez variable; il peut être *enkysté*, tantôt ovalaire ou « en amande » (Obs. I), avec des zones claires centrales de décalcification, et une bande périphérique de réaction ou d'ostéite condensante tendant à limiter le foyer ; tantôt arrondi et à contours irréguliers formant une tache sombre entourée d'une zone plus claire (Obs. III).

Cet aspect peut être aussi *diffus* comme le montre la radiographie de notre observation IV : le col est épaissi avec un bord supérieur irrégulier et des zones de décalcifications diffuses, étendues à toute sa longueur.

Nous avons encore un type de lésion diffuse dans la radiographie de notre observation V : un premier cli-

ché, montre une lésion de la partie interne du col et un épaississement de la ligne de contour du fond du cotyle ; un second cliché pris deux ans après, nous indique que la lésion interne a complètement disparu. Mais elle a été remplacée par deux zones de raréfaction dans la partie externe et vers la base du col ; il s'agissait, sans doute, d'une inoculation massive à un stade de début, la seconde lésion coexistant avec la première mais non décelable ni visible à la radiographie du début.

A côté de ces observations personnelles, nous rappelons une observation de M. Picquet et une de M. Lance.

Dans la première, le col fémoral est creusé d'une large cavité ne laissant en haut et en bas que quelques bandes de tissu sain ; elle est limitée par un contour osseux irrégulier et plus dense que le tissu osseux normal ; à l'intervention, l'opérateur est tombé sur une zone de raréfaction osseuse ; il n'existe pas de cavité nette, mais seulement une zone osseuse ramollie et friable.

Dans la seconde, la radiographie qui, au début, ne montre rien, révèle un an après, à la partie supérieure du col, qui est hypertrophié, une tache foncée entourée d'une zone plus claire éveillant l'idée d'une tuberculose enkystée en voie de séquestration ; à l'opération, on évite le foyer et on ramène des détritux fongueux et de l'os grisâtre mais pas de séquestre.

En résumé, ces lésions bulbaires peuvent occuper tout le bulbe (Obs. IV) ; rester limitées dans le bulbe sur l'épine du col (Obs. VII), ou constituer quelques

taches disséminées sur lui (Obs. V). Elles peuvent être aussi diffuses sans limites nettes, ou enkystées et bien circonscrites par une zone condensante périphérique.

3° *La réaction articulaire* : Nous l'avons trouvée légère dans quatre cas (Obs. I, V, VII et VIII), tantôt elle n'est qu'une simple réaction par irritation de voisinage, tantôt c'est une véritable invasion de l'article par le processus tuberculeux (Obs. VII) et on trouve alors, à l'intervention, une synoviale recouverte de fongosités. Le rapprochement de ces réactions avec le siège des foyers tuberculeux nous incite à croire que l'articulation est d'autant plus en danger que la lésion siège plus près de la synoviale ; à un foyer intra-articulaire et occupant les bords de l'os, correspondra presque fatalement un retentissement articulaire plus ou moins accentué.

Dans un seul cas, la réaction était très forte et correspondait précisément à un foyer diffus d'ostéite (Obs. IV).

Dans un autre cas, elle était nulle, en raison, sans doute, de la limitation du foyer à un stade de début.

B. — Les ostéites cervico-trochantériennes et cervico-diaphysaires

Nous apportons quatre cas personnels de ce type de localisation (Obs. II, IX, X, XI).

Siège : Elles comprennent les lésions étendues de la tête au trochanter ou à la diaphyse.

Aspect : Les ostéites cervico-trochantériennes (Obs. IX et X) montrent généralement une altération du petit noyau trochantérien qui peut être réduit à quelques filots osseux avec une tache de décalcification qui se prolonge sur le bord supérieur du col, parfois jusqu'au cartilage faisant ainsi courir un danger plus grand à l'articulation.

Dans les ostéites cervico-diaphysaires (Obs. II et XI), la lésion s'étend de la tête à l'extrémité supérieure du fémur plus ou moins bas sur la diaphyse ; elles sont donc constituées par de larges zones de décalcification qui modifient singulièrement toutes ces régions osseuses.

La réaction articulaire, malgré l'importance de ces foyers cervico-diaphysaires, n'a été notée qu'une fois, encore qu'elle fut légère (Obs. II) ; elle était nulle dans l'autre cas. Ceci s'explique par l'intégrité de l'os périphérique qui limitait l'infection au tissu spongieux central.

Dans nos deux observations d'ostéite cervico-trochantérienne, l'articulation était également normale pour les mêmes raisons : la lésion étant circonscrite et en partie extra-articulaire.

C. — Les ostéites avec lésion de tout le col

Nous n'apportons qu'une observation personnelle (Obs. VI) et une communiquée par M. Picquet. Ce qui en fait la rareté, c'est sans doute, ce fait que la lésion est habituellement décelée avant d'atteindre ce stade

et régresse par le repos et l'immobilisation. Toutefois, on peut admettre aussi qu'elle est le résultat d'une généralisation primitive.

Comme leur nom l'indique, le col est, ici, frappé dans sa totalité et la lésion rappelle le spina-ventosa; le danger qui menace l'article explique probablement que nos deux petits malades frappés d'abord d'arthrite sévère aient fait secondairement une coxalgie.

PLANCHE I.



Obs. I. — Ostéite bulbaire du col fémoral à un stade de convalescence.



Obs. IV. — Ostéite diffuse du col fémoral avec réaction articulaire très marquée.

PLANCHE II.



OBS. IX. — Ostéite cervico-trochantérienne
sans réaction articulaire.



OBS. VI. — Lésions d'ostéite étendues à tout le col et
à la partie supérieure de la diaphyse.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

De l'étude de nos observations, il ressort que le premier signe qui inquiète la famille de nos petits malades et qui les amène au médecin, c'est, le plus souvent, *la douleur* ; l'enfant se plaint de la hanche depuis plus ou moins longtemps, se fatigue à la marche et refuse de jouer. Cette douleur, qu'il localise à la hanche, mais qui peut siéger au genou (gonalgie), peut disparaître par le repos, pour reparaitre ensuite en s'exagérant. Si l'articulation a réagi, l'élément douleur peut s'accompagner de claudication ou de gêne plus ou moins grande dans les mouvements. Cette douleur est habituellement vague, et rapportée très souvent par la famille à une chute faite par l'enfant, ou à un coup reçu.

Dans deux de nos observations, c'est la présence d'un *abcès froid* qui nous a amené les malades ; il siégeait dans l'aîne, à la partie supéro-externe de la cuisse ; dans un autre cas, où l'enfant nous était ame-

né pour douleur et fatigue, nous avons relevé aussi la présence d'un abcès.

Cet épisode de début peut coexister avec une poussée fébrile.

A la palpation, on peut trouver une *tuméfaction* fluctuante, s'il s'agit d'un abcès ou d'un cul-de-sac synovial distendu ; dure, s'il s'agit d'une réaction osseuse. A la base du triangle de Scarpa, la tête fémorale est palpable, et dans, le cas où il existe un épaississement osseux de la partie supérieure du col, ou une irrégularité de contour, on peut les sentir sous le doigt.

L'*adénite* n'est pas rare et peut persister longtemps à côté d'autres stigmates de bacilllose.

L'*amyotrophie* est habituelle et d'autant plus marquée que la lésion est plus ancienne et que l'articulation a réagi.

Mais c'est la *réaction articulaire* qui constitue, à notre avis, le signe clinique le plus important ; nous avons vu quelle intimité liait le col fémoral à l'articulation ; il est donc logique de penser que le retentissement articulaire se fera précocement sentir ; nous l'avons presque toujours rencontré à des degrés d'intensité variables, depuis les ostéites du col avec réaction articulaire minime ou moyenne jusqu'aux ostéites avec réaction articulaire très marquée dans lesquelles on n'a plus qu'une ébauche de mouvements.

La réaction articulaire, envisagée du moins au début, ne paraît pas étroitement liée au degré d'étendue du foyer osseux : c'est ainsi, que nous avons rencontré des arthrites légères opposées à de grosses lésions des-

tructives (Obs. VI), et, par ailleurs, des signes de coxalgie franche avec des lésions de petite dimension.

Cette réaction articulaire se traduit cliniquement par la limitation des mouvements et par un pincement articulaire, qui fait que le noyau épiphysaire se trouve remonté vers le cotyle et, qu'entre eux deux, l'espace clair visible à la radiographie normalement, n'existe plus.

Par ordre de fréquence, les manifestations cliniques sont donc constituées par la douleur accompagnée ou non de réaction articulaire, par l'abcès froid, lui-même accompagné d'adénite ou d'amyotrophie.

Mais il importe de savoir que, parfois, rien n'attire l'attention sur ces ostéites, qu'elles peuvent rester fort longtemps latentes et n'être décelées radiographiquement qu'au cours d'un examen complémentaire de comparaison.

CHAPITRE V

Traitement

Les indications thérapeutiques de la tuberculose juxta-articulaires furent condensées dans cette formule : « Immobiliser l'enfant, réséquer l'adulte, amputer le vieillard », que M. Sorrel énonçait pour exprimer cette idée que l'enfant guérit spontanément plus parfaitement que l'adulte, celui-mieux que le vieillard. Cette formule, comme cette autre d'autrefois : « immobilisation et soleil », ont paru trop exclusives et trop simplistes, comme a paru paradoxale, la proscription, *a priori*, de l'intervention opératoire ; on a donc opéré, un peu partout, les différentes localisations osseuses ; c'est l'os qui est primitivement frappé et non la synoviale, pourquoi donc ne point se comporter à son égard comme vis à vis d'une ostéite banale ? Ceci, d'ailleurs, ne doit pas faire écarter et rejeter l'immobilisation qui, seule indiquée dans certains cas, reste indispensable pour compléter l'acte chirurgical.

Le diagnostic d'ostéite du col posé et la lésion ayant

été repérée radiographiquement d'une façon précise, quelle va être notre conduite à tenir ? Nous ne pouvons point formuler de règles générales et nous devons répondre que chaque cas particulier a ses indications spéciales qui sont fonction de la résistance générale du sujet, de l'étendue de la lésion osseuse et de la réaction articulaire.

Deux méthodes de traitement sont à notre disposition : l'intervention opératoire et l'immobilisation.

I. — Intervention

Son but est de prévenir l'arthrite ou de la limiter.

A. L'ÉTAT GÉNÉRAL. — On doit en tenir compte plus encore lorsqu'il s'agit de tuberculose que de toute autre maladie générale ; on ne peut songer, en effet, à imposer un choc opératoire à un sujet à l'état général précaire ou en période de bacillémie. Il faut alors le mettre en observation et au repos à la montagne ou à la mer, s'il ne présente pas de lésions évolutives ; le foyer congestif s'améliorera peu à peu, la réaction articulaire s'atténuera et l'intervention ainsi préparée, si on la juge nécessaire, se fera dans les conditions les meilleures.

B. L'ÉTAT LOCAL. — Localement, l'intervention est justifiée lorsque l'on se trouve en présence d'une lésion cervico-trochantérienne ou cervico-diaphysaire ; on

l'aborde assez facilement sans gros délabrement et le curettage du foyer peut être réalisé sans grosse désorganisation osseuse.

Les ostéites du col peuvent relever aussi du traitement opératoire lorsque le foyer est enkysté ; ce dernier est alors constitué d'une zone décalcifiée ou remplie de fongosités, entouré d'une zone d'ostéite condensante ; ainsi limité, il est aisé de le curetter et on a le maximum de chances de le faire d'une façon correcte. Au contraire, si l'on a affaire à une lésion diffuse, il sera difficile de la suivre pour l'évider et l'on risque de ne faire qu'un curettage incomplet en favorisant l'extension et la généralisation. Ce danger se trouve accru à la hanche, dans les cas que nous envisageons, en raison de la situation intra-articulaire des foyers d'ostéite, rendant l'atteinte de l'article presque fatale.

La présence d'un abcès, même récemment fistulisé, ne paraît pas devoir faire rejeter l'intervention ; tandis qu'un abcès fistulisé et infecté constitue une contre-indication habituelle.

Les cas d'ostéites anciennes avec grosses lésions entretenues par un séquestre, et, habituellement accompagnées d'arthrite, peuvent être opérés : on supprime ainsi le séquestre et on peut voir les lésions osseuses rétrocéder en amenant, corrélativement, une amélioration de l'arthrite.

Enfin, s'il s'agit d'une ostéite totale du col, on peut encore intervenir à condition que le noyau épiphysaire de la tête soit sain (Obs. II) ; si son intégrité est suspecte, le mieux est de s'abstenir, de se borner à une

immobilisation prudente qui peut préparer une intervention ultérieure ; ces malades deviennent ainsi, secondairement, opérables, et les résultats qu'on peut espérer de l'intervention aussi bons que ceux donnés par une opération pratiquée sur une ostéite du col au début.

C. L'ÉTAT ARTICULAIRE. — Nous avons vu le rôle qu'il joue, par la fréquence de l'arthrite, au point de vue clinique (nous avons rencontré 8 réactions articulaires, d'intensité variable, sur 12 observations) ; il faudra, aussi, en tenir compte lorsque nous nous poserons la question du traitement.

La réaction articulaire très marquée sera souvent la signature d'une lésion d'ostéite diffuse, d'une destruction des cartilages de conjugaison débordés par le processus tuberculeux, ou encore d'une ostéo-arthrite primitive ; nous devons, alors, nous en tenir à une sage circonspection, et chercher surtout à ne pas nuire.

Au contraire, on admet, habituellement, qu'une arthrite minime ne contre-indique pas l'intervention. L'idée du chirurgien, en opérant, vise plus à préserver l'articulation qu'à supprimer le foyer d'ostéite, qui, en somme, pourrait céder à un traitement médical. Nous avons vu, ainsi, des arthrites légères rétrocéder, puis disparaître, après un évidement du foyer tuberculeux (Obs. II).

Enfin, nous devons dire que, parfois, la réaction est pratiquement nulle ; l'intervention précoce assure alors sa protection et son intégrité.

D. LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Elle est ordinairement simple et consiste à aborder le foyer inflammatoire par les voies les plus directes, en essayant de respecter la capsule articulaire ; cependant, il faut avoir un jour suffisant pour pouvoir suivre la lésion osseuse et réaliser son évidement. Deux voies sont classiques : la voie transtrochantérienne qui s'adresse aux lésions avoisinant le trochanter, la voie transcervicale pour les lésions frappant le col. Toutefois, nous ferons remarquer qu'un foyer situé dans le col peut être abordé par le forage d'un tunnel pratiqué dans ce dernier, la capsule articulaire pouvant être ainsi respectée.

Le foyer reconnu, on pratique un évidement limité sans porter atteinte à la zone d'ostéite condensante et à la zone fertile de l'os ; on curette la portion neutre située entre les cartilages de conjugaison et d'encroûtement et, la cavité ainsi formée, est comblée ensuite à l'aide d'un greffon osseux ou musculaire.

Mais, pour si parfait que soit ce curettage et pour si satisfaisant que puissent paraître les résultats, ils ne dispensent jamais d'une immobilisation, qui sera, parfois, longtemps prolongée ; sa durée sera en rapport avec l'étendue de la lésion osseuse et la gravité de l'arthrite.

Enfin, nous devons nous rappeler que la tuberculose est, avant tout une maladie générale et, qu'à ce titre, elle relève du traitement général qui pourra mettre en œuvre l'héliothérapie, la climatothérapie et la physiothérapie.

En résumé, la formule générale « Tuberculose, ter-

rain interdit à la chirurgie », doit être renversée ; l'intervention opératoire a conquis ses droits longtemps accaparés par le traitement général et l'orthopédie ; elle a pour but de limiter l'arthrite ou de la prévenir et, le plus souvent, elle abrège, d'une façon considérable, la durée du traitement. Mais, et nous ne saurions trop insister sur ce fait, elle ne peut se passer de l'immobilisation qui, en mettant l'article en repos permet la réparation des régions évidées et évite l'extension du processus infectieux.

II. — Immobilisation

Nous serons bref, car elle n'offre rien de particulier. Elle est assurée par un appareil plâtrée, ou par la traction continue. Elle s'adresse à tous les cas où l'on a affaire à des lésions diffuses du col, à des réactions articulaires très accusées ou à un sujet présentant un mauvais état général. Elle est, naturellement, plus longue et doit être surveillée de très près : les plâtres sont changés régulièrement et des radiographies doivent être prises à différentes époques pour suivre l'évolution des lésions. Il se peut, comme nous l'avons vu plus haut, que le repos fasse rétrocéder l'arthrite et amène l'enkystement du foyer ; la chirurgie recouvre alors ses droits ; le malade devient opérable.

Cette immobilisation peut être associée au traitement général et à la cure hélio-marine, laquelle transforme les conditions de vie des tissus et exalte leur résistance.

CHAPITRE VI

Evolution

Nous avons, dans le chapitre de l'anatomie pathologique, envisagé l'évolution ordinaire de la lésion dans les différents cas, il est intéressant aussi de se demander ce que deviennent nos malades et comment se comportent ces lésions à longue échéance : nous répondrons simplement, qu'en dehors des cas qui ont évolué vers la coxalgie banale et qui n'offrent rien de particulier, nous ne pourrons apporter que des résultats trop récents ; or, il est de notion courante, qu'en matière de tuberculose, seuls, les résultats opératoires éloignés ont quelque valeur.

Voici cependant les résultats actuels : Sur 14 observations, on est intervenu chirurgicalement 9 fois et les 5 autres cas ont été traités par l'immobilisation plâtrée ou l'extension continue.

Les 9 malades opérés ont donné 3 guérisons qui se sont maintenues (Obs. VIII, XI, XIV), 3 coxalgies, dont une guérie par l'ankylose (Obs. IX, XII, XIII),

1 décès par méningite (?) deux mois après l'opération (Obs. X) ; les 2 autres malades, après des phénomènes généraux très marqués, ou le manque de soins ultérieurs, sont encore en traitement et semblent devoir s'acheminer vers la guérison (Obs. II et VII). Nous ferons remarquer, en passant, que, parmi les 3 coxalgies que nous rapportons, se trouvent les deux observations de M. Picquet, où les malades ne furent pas immobilisés après l'opération; or, nous avons vu quelle part importante nous accordions à cette immobilisation post-opératoire.

Les 5 cas traités par l'immobilisation ont donné : 1 guérison, qui s'est maintenue (Obs. I); 1 décès par méningite (Obs. III), et 3 coxalgies (Obs. IV, V, VI).

Ces chiffres n'ont, évidemment que la valeur relative de toutes les statistiques plus ou moins artificielles ; mais il semble, néanmoins, qu'ils soient en faveur de l'opération radicale qui peut prévenir l'arthrite et qui, si elle se déclare, semble évoluer avec des signes de coxalgie atténuée et beaucoup moins grave.

Si nous rapprochons nos chiffres de ceux de la statistique de M. Lance, (*Revue d'Orthopédie*, 1929), sur les ostéites du col, nous pouvons encore conclure, avec ce dernier, que l'opération semble plus acceptable que l'abstention :

11 cas d'ostéite du col ont donné sans opération :

3 guérisons..... 27 %

8 arthrites..... 73 %

5 cas d'ostéite du col ont donné, après opération :

2 guérisons..... 40 %

3 arthrites..... 60 %

Nous rappelons encore, à titre de documentation, et en faveur de l'intervention, un cas d'ostéite du col fémoral, publié par E. Allenbach (de Strasbourg), dans la *Revue d'Orthopédie*, de 1924.

Il s'agissait d'un foyer d'ostéite avec présence de séquestre. « La forte limitation de ce foyer, d'une part, son retentissement sur l'articulation coxo-fémorale, d'autre part, et surtout la présence de séquestres qui rendent une guérison spontanée de ces affections si peu probable, m'ont déterminé, dit Allenbach, à intervenir dans l'espoir de vider ce foyer et d'empêcher une coxalgie grave d'évoluer. »

Sept mois après l'opération, les résultats sont excellents, la température ne dépasse plus 37°, les mouvements de la hanche sont beaucoup moins limités et à peine douloureux.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I

Ostéite cervico-trochantérienne avec réaction articulaire peu marquée. — Traction continue, puis culotte de marche. — Guérison.

Ch... Albert, 6 ans. A l'âge de 3 ans on note : ganglions trachéo-bronchiques et amaigrissement.

L'enfant est amené parce que depuis quinze jours il souffre du genou gauche et boite.

Entre à la Charité le 15 février 1926. A l'examen on note une boiterie gauche. A la hanche, empâtement et douleur au triangle de Scarpa. Mouvements de flexion de 160° à 130°. On ne trouve que 10° d'ab-adduction et de rotation. Pas de raccourcissement ; atrophie de la cuisse de 2 cm., de 1 cm. 1/2 au mollet. Traction continue.

Le 24 mars 1926 : Attitude normale ; flexion à 130°, extension à 170°. Grand plâtre pelvi-pédieux.

Le 2 juillet 1926 : Culotte de marche.

Le 13 octobre 1926, apparaît un abcès à la face antérieure de la racine de la cuisse ; il se fistulise et on le ponctionne en peau saine. Puis on réinstalle la traction continue.

Le 8 novembre 1927, la suppuration est tarie, l'attitude normale ; pas de raccourcissement. A la cuisse : atrophie de 2 cm.

Tous les mouvements sont libres, sauf la flexion dont le maximum ne dépasse pas 90°. Marche libre.

Le 28 février 1928 : Etat de la hanche stationnaire ; marche presque normale ; il revient pour douleur au tiers inférieur du péroné droit ; pas de gonflement, mais douleur à la pression du tiers inférieur de la face externe du péroné.

Intervention : Péroné épaissi, éburné. Pas de necrose, ni de fongosités. Suites simples.

Le 3 mars 1928 : Excellent état. Flexion augmentée. La radiographie montre une tache claire cervico-trochantérienne avec os dense périphérique. L'articulation paraît saine, mais l'espace articulaire est augmenté.

Le 15 avril 1929 : Bon état, va à la campagne.

Le 10 novembre 1931 : Etat très favorable, l'enfant marche bien et ne boite pas.

Le 30 novembre 1931 : Il n'existe plus de trace de lésion dans le col. Seule, la tête est un peu déformée.

OBSERVATION II

Ostéite tuberculeuse du col du fémur, avec légère synovite de la hanche. Evidement du trochanter et du col, puis de la partie supérieure de la diaphyse. Pus louche, mal lié, inoculation de fongosités osseuses positive. Puis immobilisation plâtrée. Encore en traitement.

Gr... Renée, 2 ans, vient à la Charité le 17 avril 1930.

Bonne santé habituelle, aucun stigmate de bacillose.

Chute le 24 décembre dernier sur la région trochantérienne; elle tomba simplement de sa hauteur ; à la suite d'un traumatisme l'enfant ne peut marcher et fut immobilisée deux mois au lit ; puis se remit à marcher mais d'une façon tout à fait incorrecte, ne paraissant pas souffrir cependant.

A l'examen, le 17 avril 1930, l'enfant marche très mal, soutenu par les mains ; le membre inférieur gauche est en abduction et légère flexion, l'enfant s'appuie peu dessus.

En décubitus : attitude correcte, membre inférieur gauche plus court de 1 cm. La tête fémorale est en place ; épaississe-

ment de l'extrémité supérieure du fémur, flexion légèrement limitée (maximum 80°).

Les autres mouvements normaux.

1 cm. 1/2 d'atrophie à la cuisse gauche.

1 cm. au mollet.

Radiographie : Rien à l'interligne de la hanche gauche, sauf un peu d'écartement des surfaces, ni à l'épiphyse fémorale ; mais toute l'extrémité supérieure de la diaphyse est profondément modifiée. Epaissement transversal avec taches disséminées dans le col et la région trochantérienne, épaisissements périostés, surtout sur la corticale interne. Coxa-vara trochantérienne de 1 cm. environ.

B.-W. négatif.

Le 30 avril 1930 : Intervention : Incision sur la face externe du trochanter. La corticale sur sa partie antérieure est extrêmement mince et s'effondre sous la rugine, donnant issue à du pus mal lié et à grumeaux qui donne plutôt l'impression de pus tuberculeux que de pus ostéo-myélique. La curette ramène des débris infiltrés mais pas de séquestres. Les fragments sont envoyés pour inoculation et culture. L'étendue des lésions oblige à évider complètement le trochanter, le col et l'extrémité supérieure de la diaphyse. L'évidement paraît complet ; on voit au fond de la plaie le cartilage d'accroissement et au-dessous de lui une membrane souple qui sépare la lésion osseuse de l'articulation ; une ponction à travers cette membrane ramène 1 ou 2 cc. de liquide louche qui est envoyé pour inoculation.

Tamponnement du foyer avec une mèche de gaze qui sort par l'incision complètement refermée. Immobilisation plâtrée.

Examen de laboratoire : examen direct et cultures des fragments osseux : négatifs.

Le 17 mai 1930, la plaie est propre, sans infection ni inoculation tuberculeuse, hanche indolente, souple et en bonne position.

Pansement à plat, culotte plâtrée.

Le 5 juin 1930 (M. le Professeur Tavernier) : La radiogra-

phie montre une réaction d'hyperostose autour des zones curettées. Pas d'ascension du fémur, mais une décalcification augmentée du noyau épiphysaire.

Inoculation : avec sérosité articulaire : négative; avec fongosités osseuses : *positive*.

Le 4 août 1930 : Bonne attitude, pas de réactions.

De novembre à décembre 1930, va à Toulon, où les soins sont négligés.

Le 15 août 1931, on trouve une hanche un peu enraidie et antalgique, pas d'abcès, ni d'empâtement.

Raccourcissement : 1 cm.

Flexion à 90°.

Ab-adduction : limitée.

Rotation externe : 1/3.

Rotation interne : 1/4.

Donc réaction articulaire assez nette par manque de soins ultérieurs, on conseille alors l'immobilisation.

Le 24 novembre 1931 : Etat général médiocre. L'enfant souffre encore de sa jambe et boîte.

Le 30 novembre 1931 : La lésion d'ostéite a regressé mais on note encore une réaction articulaire torpide avec attitude vicieuse.

OBSERVATION III

Ostéite du col manifestée par des douleurs. Réaction articulaire presque nulle. Décès par méningite dans le courant de l'année.

Gen... Henri, 6 ans 1/2.

Vient à la Charité le 25 mars 1925. Souffre de la hanche gauche en janvier 1925, s'appuie peu dessus.

A l'examen : Bonne attitude, détache facilement sa jambe du plan du lit. Tuméfaction limitée, non fluctuante à la face externe du haut de la cuisse. Mouvements : flexion, extension,

normales. Adduction et rotation réduites de moitié, abduction nulle.

Amyotrophie légère, pas de raccourcissement.

A la radiographie, on trouve une lésion du col assez importante mais à un stade de début avec un noyau épiphysaire un peu décalcifié. On fait de l'immobilisation plâtrée.

Meurt de méningite dans le courant de l'année.

OBSERVATION IV

Ostéite du col au fémur avec arthrite de la hanche gauche.

Attitude vicieuse en flexion. Traction continue. Evolution vers la coxalgie.

Péc... Georges, 26 mois, vient à la Charité le 20 décembre 1924.

Fils unique ; accouchement normal ; nourri au sein six mois. Grippé à 16 mois. Chute il y a deux mois dans un escalier ; le lendemain il souffre de la hanche gauche et boite.

Nouvelle chute ces jours-ci.

Actuellement il ne peut marcher. Cuisse en flexion à 135°, abduction à 140°. Flexion limitée à 90°.

L'adduction ainsi que la rotation sont impossibles. La racine de la cuisse est un peu tuméfiée, pas de ganglions, pas de température. L'atrophie de la cuisse égale 1 cm. 1/2.

A la radiographie, on constate qu'il s'agit d'une lésion un peu diffuse du col ; le col est épaissi et son bord supérieur est irrégulier ; son bulbe est traversé de zones de décalcification irrégulières qui s'étendent à toute sa longueur.

Traction continue.

Le 6 décembre 1924, part chez lui.

Depuis cette époque, le malade a été suivi en ville par le Docteur Michel ; il a évolué vers la coxalgie qui guérit avec ankylose et très gros raccourcissement en mars 1931.

OBSERVATION V

Ostéite cervicale avec réaction articulaire légère traitée par l'immobilisation plâtrée et ayant évolué secondairement vers la coxalgie.

Mer... Joseph, 7 ans.

L'enfant a eu une rougeole à l'âge de 5 ans ; antérieurement la santé était assez bonne. Il y a quatre mois, il a commencé à souffrir de la hanche droite.

A l'entrée, l'enfant ne présente pas de raccourcissement au niveau du membre inférieur gauche, pourtant il présente une légère claudication.

Atrophie légère de la cuisse gauche ; la circonférence de la cuisse gauche est inférieure de 2 cm. à celle de la cuisse droite ; l'atrophie est encore plus légère au mollet gauche qu'au droit.

On note encore une limitation de la flexion de la cuisse gauche sur le bassin : elle s'arrête à 90° ; il y a aussi une limitation très nette de l'abduction de la cuisse gauche (45°).

Pas de signe de Trendelenbourg au niveau de la hanche droite.

Le 23 février 1921, nouveau plâtre prenant le mollet.

Le 7 juillet 1921 on constate que l'enfant présente tous les signes d'une coxalgie. Il a déjà eu trois plâtres. A l'ablation du dernier on constate qu'il y a une irritation cutanée très marquée empêchant la mise d'un autre plâtre.

Jambe en bonne position. Pas de raccourcissement. Atrophie de la cuisse de 3 cm. L'ankylose n'est pas complète, mais les mouvements de la hanche sont très limités et très douloureux.

Le 20 novembre 1921, on constate qu'il existe un empatement marqué de la racine de la cuisse ; l'enfant lève facilement le talon du plan du lit. Pas d'ankylose de la hanche ; on peut fléchir la cuisse jusqu'à 30° du plan du lit sans entraîner le bassin. Les mouvements d'adduction et d'abduction ont une amplitude de 10° environ. Plâtre de marche. En raison

des excoriations cutanées on reçoit le malade quelques jours.

Le 2 mars 1922 : Attitude normale. Soulève facilement le talon. Flexion d'une amplitude de 30° , rotation très peu limitée. Légère limitation de l'abduction et de l'adduction. Allongement de 1 cm. portant sur la cuisse.

La radiographie du 2 juillet 1920 montre une lésion de la partie interne du col et un épaissement de la ligne de contour du toit du cotyle.

Une nouvelle radiographie est faite le 3 mars 1922 ; elle montre que la lésion interne a disparu mais on note deux zones de raréfaction osseuse dans la partie externe et vers la base du col. Les surfaces articulaires et l'interligne sont tout à fait nets ; le col n'est pas particulièrement redressé, ni allongé.

Le 23 novembre 1922, l'enfant est ramené à la consultation.

On note (Professeur Nové-Josserand) : la flexion de la hanche va jusqu'à l'angle droit, adduction réduite à peu près de moitié.

Abduction et rotation externes complètes ; rotation interne un peu limitée.

Depuis trois mois on a constaté une déformation du rachis et aujourd'hui on voit une gibbosité qui occupe la région dorsale inférieure entre D⁸ et D¹¹ environ.

OBSERVATION VI

Ostéite étendue à tout le col avec réaction articulaire légère.

Immobilisation plâtrée puis évolution vers la coxalgie.

Ab... Louise, 3 ans 1/2, vient à la Charité le 26 décembre 1927. Depuis trois mois, marche mal et se lasse vite. On a noté durant six semaines des accidents généraux avec température ; puis marche ensuite en boitant beaucoup.

A l'examen : Attitude correcte ; flexion de 80° à 180° ; 15° d'abd-adduction ; 30° de rotation dans tous les sens. Pas de

modification de longueur. Amyotrophie, microganglions, pas d'abcès.

A la radiographie : Lésion cervicale du volume d'une amande au-dessous du cartilage de conjugaison, avec séquestre probable ; grosse tache de décalcification à l'union de la diaphyse et du col. Surfaces et espaces articulaires normaux.

Elle est dirigée sur Giens le 5 janvier 1928, où on note qu'elle se met en adduction ; elle est plâtrée en décubitus ; abcès en formation mais qui rétrocede en février 1929.

Le 15 juillet 1929, on voit apparaître un nouvel abcès au niveau du grand trochanter et qui est gros comme un œuf de pigeon.

Allongement de 1 cm. ; mouvement de flexion réduit à moins de 45° ; abduction et adduction très limitées et douloureuses.

La traction est supprimée ; l'enfant a pris de 2 kilogs en en treize mois.

Le 25 janvier 1930, l'examen montre : Attitude en adduction, telle que l'axe du corps passe au bord interne de la rotule. Rotation de 30°, flexion vers 160°. Pas de raccourcissement. Hanche solide.

A la radiographie on constate de grosses lésions du cotyle qui présente de vastes cavités en coup d'angle. Le petit noyau épiphysaire se fixe dans le haut du cotyle et le col fémoral est très déformé.

Le 5 février 1931, on ramène l'enfant parce qu'elle boite beaucoup.

A l'examen, on constate que l'attitude vicieuse a nettement augmenté ; adduction forte ; rotation externe à 150°, flexion à 135°, une ébauche de mouvements ; un demi-centimètre d'allongement.

La radiographie ne montre pas de grosses différences avec celle d'il y a un an. On fera l'ostéotomie, l'arthrodèse ne paraissant pas indispensable.

Le 6 février 1931, sous anesthésie, on se rend compte que la hanche est plus mobile d'une quinzaine de degrés en flexion.

Malgré cela on fait la correction, quitte à bloquer plus tard la hanche. Puis, ostéotomie sous-trochantérienne transversale avec correction dans tous les sens ; grand plâtre prenant le pied.

OBSERVATION VII

Ostéite de l'épine du col avec réaction articulaire très marquée. Intervention (Professeur Tavernier) : évidement de la cavité de la face antéro-inférieure du col. Arrachement des fongosités articulaires. Curettage d'une autre cavité sur la face postérieure du col, avec ablation d'un séquestre. Immobilisation plâtrée, puis traction continue associée à la cure hélio-marine (Giens).

La... René, 5 ans, est envoyé par son médecin avec le diagnostic de coxalgie droite. Début apparent au mois d'août 1930, marqué par des douleurs vives au niveau de la hanche droite, survenant surtout à la fin de la journée.

A l'examen, le 8 septembre 1930, les parents racontent que, de temps à autre les douleurs sont nocturnes ; elles siègent le plus souvent à la partie antérieure de l'articulation de la hanche, dans le pli inguinal. Ces douleurs ont, paraît-il, coïncidé avec un épisode fébrile : l'enfant présentant de la température vers 5 heures du soir. Pas d'irradiation dans le genou, ni dans la jambe ; l'enfant s'est mis à boiter. Un médecin consulté conseilla le repos au lit, mais devant la persistance de la boiterie, l'enfant est amené à l'Hôpital.

A l'examen : Malade sans température. Jambe droite en flexion légère, sans rotation externe marquée. Du côté droit, abaissement du pli fessier ; rapidement l'enfant prend une position hanchée ; marche en boitant.

Dans la station couchée : le membre inférieur droit est en légère flexion.

Atrophie musculaire de 1 cm. à la cuisse, 1/2 cm. au mollet. Tuméfaction juxta-épiphysaire. Pression sur le trochanter douloureuse. Adénopathie inguinale et iliaque.

La recherche des mouvements montre une légère limitation de l'abduction, de la flexion et de l'extension.

Le 10 septembre 1930 (Professeur Tavernier), on note : Flexion limitée à 110°, abduction à 30°. Il manque environ 25° à l'extension.

Le 23 septembre 1930. Intervention (Professeur Tavernier) : Incision curviligne de l'interligne moyen fessier et tenseur du fascia lata ; après isolement des nerfs on découvre au-devant de l'articulation l'abcès froid qui avait été perçu, gros comme une noix, entouré d'une poche fongueuse très épaisse. Il est réséqué, son trajet conduit dans l'articulation et après débridement on trouve sur la face antéro-inférieure du col une petite cavité qui affleure en dedans le cartilage de la tête. Toute la synoviale est revêtue de fongosités qui sont arrachées grossièrement, tandis qu'on évide soigneusement la petite cavité antéro-inférieure. On est alors frappé de sa petitesse par rapport à la lésion radiographique et on finit par découvrir sur la face postérieure du col une cavité plus importante occupée par de petits séquestres engainés par de l'os sain. Suture sans drainage. Immobilisation plâtrée. L'impression est assez bonne à cause de la limitation des lésions à l'ostéite du col.

Le 22 octobre 1930, sort du plâtre, hanche en bon état, indolente. Mouvements possibles dans une étendue de 100° environ. Détache facilement le talon du lit. Suppression du plâtre. Altérations intenses de la plaie qui semblent des inoculations tuberculeuses. Mise en traction.

Le 19 novembre 1930 : Etat local parfait. Fléchit à angle droit, abduction presque normale.

Le 10 décembre 1930 : Depuis qu'il a été sans traction hors du plâtre, la hanche a perdu sa souplesse. Attitude actuelle en flexion.

Le 12 décembre 1930 : Culotte plâtrée, cuisse droite en abduction.

Le 25 janvier 1931 : dirigé sur Giens.

Après l'opération, l'enfant a fait à son arrivée à Giens une poussée congestive excessivement grave, avec abcès fistulisés, température hectique ; son état général, très altéré jusqu'à ces mois derniers, ne commence que maintenant à redevenir plus satisfaisant (20 novembre 1931).

OBSERVATION VIII

Ostéite du col du fémur avec légère réaction articulaire. Guérison puis récurrence avec grosse extension des lésions d'ostéite. Abcès froid ponctionné. Mise en traction. Puis intervention pour curettage et mise en place d'un greffon osseux. Culotte plâtrée. Sort guéri.

Di... Henri, 6 ans.

L'enfant a été soigné de décembre 1921 à avril 1923 par le Docteur Rendu pour ostéite du col avec syndrome coxalgique. Sort guéri le 15 avril 1923 avec les 2/3 des mouvements.

Allongement de 11 cm. ; bonne attitude.

Le malade va à l'hôpital Debrousse.

En mars 1925, on enlève le plâtre et rapidement l'enfant souffre à nouveau, avec une gêne fonctionnelle marquée.

Le 5 avril 1925, il est examiné à l'hôpital Debrousse et on note : Attitude en demi-flexion et abduction. Palpation très douloureuse en arrière sur le grand trochanter, en avant sur le cotyle. Gros ganglions dans le triangle de Scarpa. Pas de mouvements.

A la radiographie, on se rend compte que le col est épaissi, que le noyau de la tête est segmenté et divisé. Pincement de l'interligne au niveau de l'avant-toit du cotyle, rupture de l'ogive fémorale, désorganisation du fond du cotyle et raréfaction osseuse de l'aile iliaque.

Le 16 juillet 1925, l'attitude est correcte. Pas de raccourcissement.

A la radiographie, le cotyle paraît moins désorganisé et le fémur en voie de reconstitution.

Traction double.

Le 29 octobre 1925 : Apparition d'un abcès de la région fessière et rétro-trochantérienne. Ponction.

Le 5 novembre 1925, intervention : Opération en tabatière ; ouverture de la capsule : ni pus, ni fongosités ; mais au-dessus de la capsule et à côté de la fesse on trouve un gros abcès que l'on ouvre et curette ; on arrive sur le bord supérieur du cotyle qui présente des lésions d'ostéite ; la tête et le col sont friables et la curette y entre facilement ; on n'insiste pas ; forage du col et de la tête à travers le grand trochanter qui ramène de la moelle fongueuse. On y introduit les deux tiers de la 3^e côte réséquée auparavant ; l'autre tiers est placé au-dessus du toit du cotyle surplombant la tête et le col.

Le 23 mars 1926 : Culotte plâtrée ; il subsiste encore une fistulette au niveau du grand trochanter.

Le 23 juin 1927, l'enfant part guéri et boite à peine.

OBSERVATION IX

Ostéite cervico-trochantérienne droite ; lésion du trochanter remontant sur le dos du col. Réaction articulaire à peu près nulle. Intervention pour évidemment des lésions du trochanter et du col, puis guérison. Trois ans après : coxalgie qui guérit par l'ankylose.

Cer... Barthélemy, 8 ans.

En août 1925, il apparaît dans l'aîne droite une boule, dit l'enfant, de la grosseur d'une cerise, non douloureuse. Les parents font reposer l'enfant au lit une dizaine de jours et la grosseur disparut. Vers la Noël, l'enfant s'est pris le pied dans un rail de tramway, il est tombé, a souffert de la hanche droite, et a dû garder le lit. Finalement une grosseur apparais-

sant à la partie supéro-externe de la cuisse droite, on amène l'enfant à l'Hôpital.

Le 24 janvier 1926, à l'examen, on note une attitude en abduction légère du membre inférieur ; limitation légère de la flexion, de l'adduction et de la rotation externe et interne de la cuisse. Pression sur le trochanter douloureuse et sa palpation montre qu'il est épaissi. Pas de différence de longueur. Mais l'enfant peut à peine se tenir debout.

À la radiographie, on trouve une lésion considérable du trochanter qui remonte un peu sur le dos du col, et une lésion sous-trochantérienne.

Atrophie 1 cm. 1/2 au milieu de la cuisse. Allongement de 1 cm. portant sur le fémur. Flexion légèrement limitée, de même que l'adduction et la rotation interne.

Le 1^{er} février 1926, intervention (M. Rendu) : Incision curviligne à cheval sur l'extrémité supérieure du trochanter et à convexité postéro-supérieure ; on arrive sur le trochanter et il jaillit du pus. On découvre la face antérieure fémoro-cervico-trochantérienne et l'on commence à évacuer le fémur par en bas où la radiographie montre une grande poche ; elle existe, en effet, et est remplie de tissu osseux fongueux et très mou. La face antérieure fémorale présente une coque très mince, de même que la partie antérieure et supérieure du col ; le curetage doit aller jusqu'au cartilage de la tête, l'articulation est donc ouverte ; pas de lésion cependant sur elle, ni sur la synoviale. On bourre alors de gaze le trou osseux et on curette largement la poche purulente qui se termine très nettement dans le noyau trochantérien. En raison de l'ouverture de l'articulation, on ne draine pas, tout au moins primitivement.

Le 17 juillet 1926, l'enfant complètement guéri, marchant normalement avec une cicatrice qui ne s'est jamais rouverte, est rendu à ses parents.

Le 16 octobre 1926, l'enfant va bien.

Mais le 24 décembre 1929 il revient dans le service parce que depuis cinq à six jours il boite et souffre de sa hanche droite. Depuis son opération il s'était bien porté et allait en classe,

C'est vers le 10 décembre dernier, à la suite d'une période prémonitoire de trois à quatre mois, pendant laquelle l'enfant s'était remis à boitiller, qu'il présenta une douleur beaucoup plus vive à la hanche avec impotence fonctionnelle.

A l'examen, la hanche droite se présente en flexion, abduction légère avec rotation interne du membre inférieur. Articulation empâtée, douloureuse ; adénopathie. Pas d'abcès.

La radiographie montre des signes de coxalgie en pleine évolution avec disparition partielle de l'espace articulaire. On se comporte alors comme vis-à-vis d'une coxalgie banale qui guérira finalement par l'ankylose.

OBSERVATION X

Ostéite cervico-trochantérienne avec extension au bord supérieur du col jusqu'au cartilage. Articulation normale. Intervention : lésion curettée, abcès vidé. Plâtre. Meurt chez lui, deux mois après.

De... Aimé, 6 ans, vient à la Charité le 27 août 1925, parce qu'il souffre de la hanche droite et refuse de marcher.

Abcès de la face externe de la cuisse, douloureux, ainsi que la pression sur le trochanter.

Les mouvements de la hanche se font bien ; pas de raccourcissement ni d'amyotrophie.

A la radiographie : L'articulation est normale. Altération du petit noyau trochantérien, réduit à quelques îlots osseux et à une tache dans le bord supérieur du col jusqu'au cartilage. Coxa valga avec rotation externe.

On ponctionne l'abcès et on fait un plâtre.

En décembre 1925 : Formation d'un énorme abcès qui est ponctionné et on installe la traction continue.

Le 8 décembre 1925, on fait une nouvelle radiographie qui montre un état assez semblable, mais la coxa valga a augmenté

et la tache du bord supérieur persiste et s'est même un peu étendue en haut. Articulation saine ; tous les mouvements persistent.

Intervention le 14 décembre 1925 : Incision en tabatière. Lésion sur la partie supérieure et antérieure du col ; on l'évide, son volume est de la grosseur d'une cerise et elle est en communication avec l'abcès, curetté ; mais elle ne va pas dans l'articulation. Fermeture sur drain et plâtre.

Drain enlevé au troisième jour.

Le 29 décembre 1925, la plaie cicatrisée prend un aspect atone et la température remonte ; un abcès s'évacue et la température tombe à 37°. Plâtre enlevé pour pansement.

A partir du 6 février 1926, la température remonte au-dessus de 38°, oscillante et elle est actuellement à 40°.

Contre-ouverture d'un abcès qui se vide mal.

Rien d'articulaire : légers mouvements.

Puis subitement, le 16 février 1926, l'enfant est pris de convulsions, avec raideur de la nuque, puis rentre dans le coma et meurt chez lui.

OBSERVATION XI

Ostéite cervico-trochantérienne avec articulation normale. Intervention : Dénudation du trochanter, de la cavité du col et de la diaphyse. Abcès crural contre-incisé et drainé. Persistance de la fistule primitive, puis formation d'une nouvelle Guérison complète.

Au... Cécile, 5 ans, vient à la Charité le 7 avril 1925.

A l'examen, on trouve une volumineuse collection de l'extrémité supéro-externe de la cuisse gauche, fluctuante au palper mais indolore. L'articulation de la hanche paraît normale. La région trochantérienne n'est pas douloureuse à la pression, ainsi que la diaphyse fémorale. Quelques petits ganglions inguinaux.

A la radiographie : Articulation coxo-fémorale normale ; large zone de décalcification avec taches irrégulières au niveau de la base du trochanter et s'étendant vers le bord supérieur du col.

Intervention le 15 avril 1925 (Docteur Michel) : Incision en tabatière sous-trochantérienne. Dénudation du trochanter ; au cours de ce travail on effondre la coque osseuse et l'on trouve une cavité prolongée d'une part vers le col, d'autre part sur la diaphyse. Evidemment à la curette ; on trouve la communication vers l'abcès crural que l'on contre-incise au point déclive. Drainage de part en part.

Le 6 août 1925 : Ablation du plâtre ; il persiste encore une fistulette ; craignant une atteinte de l'articulation, on refait un plâtre avec une fenêtre dans la région trochantérienne pour permettre à l'enfant de marcher.

Le 10 décembre 1925, nouvelle radiographie : Intégrité toujours complète de l'articulation mais très grosse lésion destructive trochantérienne. Comparée à la radiographie précédente, il ne semble pas que la lésion ait augmenté, il semble même que l'os soit en voie de reconstitution et il n'y a aucun signe de périostite. Pas de fistule ; l'enfant soulève facilement le talon ; le genou est un peu enraidit par le plâtre et les mouvements de la hanche se font normalement sans douleur. Essai de liberté et de la marche une huitaine de jours.

Le 14 juin 1926, l'enfant est guérie et conserve tous les mouvements de la hanche ; pas de différence de longueur.

A la radiographie, on constate que le col est anormal, long, un peu redressé en coxa valga.

Le 8 juillet 1926, apparition d'une nouvelle fistule à la face supéro-interne de la cuisse, qui fait soupçonner la persistance de lésions osseuses ; cependant à la radiographie on ne trouve rien.

Cure héliο-marine.

Le 18 décembre 1926 : Hanche libre, 1 cm. d'allongement à gauche. L'enfant est laissée libre, guérison.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance du Professeur PICQUET, de Zuydcoote) (1)

Ostéite du col fémoral avec extension des lésions à la tête fémorale et au cotyle. Arthrite sévère ayant évolué secondairement vers la coxalgie.

C... Marcel, âgé de 5 ans, entre le 10 octobre 1929 au sanatorium de Zuydcoote avec le diagnostic de coxalgie droite.

Le malade a perdu deux de ses frères de méningite, un autre de périnonite, et un dernier de convulsions (?). Il n'a jamais été malade.

La maladie actuelle remonte à dix mois ; en décembre dernier l'enfant a commencé à se plaindre de douleurs vives dans la hanche droite ; les parents le mettent au repos, puis font appeler un médecin qui conseille sont transfert à l'Hôpital maritime où il ne vient qu'en octobre.

Examen : On note un léger degré d'abduction et de rotation externe, quelques petits ganglions inguinaux. La tête fémorale semble augmentée de volume et un peu douloureuse à la pression. Ni allongement, ni raccourcissement du membre, un peu d'atrophie musculaire.

Mouvements : de la cuisse sur le bassin assez limités. La flexion de la cuisse ne dépasse pas un angle de 45° avec le plan du lit. L'abduction est très limitée, presque impossible. La rotation externe limitée, la rotation interne absolument impossible.

Bon état général.

Radiographie (30 octobre 1929) : L'extrémité supérieure du fémur droit est creusée d'une large cavité étendue de la diaphyse au col fémoral qu'elle évide, ne laissant persister qu'une mince lamie osseuse au-dessus et au-dessous d'elle. La tête

(1) La radiographie de cette observation se trouve dans la *Revue d'Orthopédie* de mars 1930, où elle a été publiée sous le diagnostic, dûment rectifié ensuite, d'ostéite kystique.

fémorale est creusée de deux géodes irrégulières et on voit deux petites cavités au-dessus de l'os coxal. L'interligne articulaire est conservé.

Intervention le 6 janvier 1930 (Docteur Picquet) : Incision verticale sur le grand trochanter ; l'os sous-jacent est ruginé et trépané. La curette pénètre dans une zone de raréfaction osseuse et on pratique l'ablation de l'os friable. Après curettage on enfonce dans la cavité deux greffons ostéo-périostiques prélevés au tibia. Suture des téguments. Suites opératoires normales.

Aucun incident jusqu'à la fin février. A cette époque, l'enfant commence à se plaindre de la hanche ; il souffre et pleure la nuit ; il est subfébrile ($37^{\circ}8$, 38° le soir). Il met le membre inférieur en adduction légère et rotation externe. La région de la hanche est un peu tuméfiée et douloureuse à la pression. Le malade, qui avait jusqu'à présent été maintenu au repos au lit, est muni d'un appareil plâtré (22 mars 1930) en assez bonne attitude (abduction réduite, mais conservation d'une légère rotation externe). Il reste fébrile encore une certain temps, la température dépassant même 38° . Elle ne tendra à s'abaisser que vers la fin de mai.

Le 5 juin 1930 : l'appareil est enlevé.

Le membre inférieur est en rotation externe à 45° : tuméfaction légère de la racine du membre avec infiltration des téguments. Douleur légère à la pression de la tête fémorale. Légère mobilité dans tous les sens.

Le 16 juin 1930 : l'enfant est revu par le Docteur Picquet qui fait les constatations suivantes : la hanche reste douloureuse ; ankylose presque complète. Sur une radiographie récente on voit bien le greffon, mais le processus a continué.

On remplace l'appareil par une extension continue qui a amené peu après une bonne attitude, mais l'enfant reste fébrile ; oscillations avec maximum vespéral de 38° à $38^{\circ}6$. Mais le point douloureux fémoral a disparu.

Le 12 juillet 1930 : un appareil plâtré est posé et renouvelé régulièrement.

Le 15 décembre 1930 et le 10 janvier 1931, on ne constate toujours plus de point douloureux, mais il faut à chaque plâtre lutter contre la rotation externe.

En résumé, la lésion a continué d'évoluer et a pris cliniquement et radiologiquement les allures d'une coxalgie dont les symptômes commencent à s'atténuer au début de janvier 1931.

Encore en traitement et appareillé à cette date.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance du Professeur PICQUET, de Zuydcoote) (1)

Ostéite du col fémoral avec décalcification de la tête. Réaction articulaire légère. Intervention pour curettage du foyer et évolution secondaire vers une coxalgie à symptômes atténués.

R... Gaston, âgé de 8 ans, entre au Sanatorium de Zuydcoote le 25 mai 1929. Le petit malade s'est jusqu'à ce jour bien porté. Depuis six mois cependant, à la fin de décembre 1928, il a commencé à se plaindre de douleurs siégeant d'abord à la partie antérieure, puis en arrière de la hanche gauche, s'irradiant vers le genou. Après radiographie, le médecin consulté porte le diagnostic de coxalgie gauche ; la radiographie aurait montré à cette époque un aspect flou du contour de la tête fémorale et un certain degré de décalcification de la partie voisine du col.

Depuis cette époque, l'enfant garde le lit, mais sans appareil, jusqu'à son admission au Sanatorium.

Examen : Membre inférieur gauche en rectitude complète, sans abduction ni adduction ni rotation externe ou interne. Légère atrophie musculaire de la cuisse gauche et léger allongement du membre de ce côté.

Au niveau du triangle de Scarpa, du côté gauche, on note une légère tuméfaction soulevant les parties molles et quelques ganglions inguinaux.

La pression n'est en aucun point douloureuse. En arrière, le pli fessier a disparu et la racine de la cuisse paraît tuméfiée.

Les mouvements sont limités : la cuisse fléchie sur le bassin dépasse à peine l'angle droit ; cette flexion limitée de la cuisse n'est possible que dans l'abduction légère, tandis que dans l'adduction la flexion se réduit à très peu de chose. La rotation externe est normale, la rotation interne très limitée.

Bon état général.

Radiographie le 6 juin 1929 : Cavité dans le col et décalcification de la tête fémorale du côté gauche. On note aussi un léger pincement articulaire et une réaction articulaire d'intensité moyenne.

Intervention (janvier 1930) : Incision verticale sur le grand trochanter longue de 6 à 8 cm. L'os est ruginé et trépané. La curette pénètre dans une zone de raréfaction osseuse ; pas de cavité nette, mais simplement zone osseuse ramollie, friable, dont l'ablation est aisée. A un moment donné, la curette se trouve arrêtée par une paroi osseuse résistante quel que soit le sens où cette curette effectue son travail. A ce moment, on introduit dans la brèche un large copeau ostéo-périostique prélevé dans le tibia, qu'on enfonce dans la cavité à coups de maillet.

Suture de la paroi aux crins ; réunion par première intention.

Examen bactériologique des éléments osseux de la cavité : négatif.

Wassermann négatif.

Examen histologique de la paroi de la cavité (M. le Professeur Curtis) : Elargissement des espaces médullaires, résorption osseuse ancienne. Moelle normale par endroits, et par ailleurs larges vacuoles de graisse.

Suites opératoires normales.

Le 25 mars 1930 : Aucun gonflement, aucun point douloureux. Tendance à la rotation externe. Flexion possible, mais limitée et restant au-dessous de l'angle droit.

Le 16 juin 1930 : Revu par le Docteur Picquet : tendance à l'ankylose. La cicatrice est chéloïdienne au niveau de la greffe,

alors que la cicatrice de la prise du greffon ne l'est pas. On soupçonne alors la tuberculose atténuée.

L'enfant est simplement maintenu au lit, sans autre immobilisation. Il garde une bonne attitude, mais présente un léger point douloureux de la tête fémorale au triangle du Scarpa. Bon état général ; obésité.

En somme, aspect d'une coxalgie à symptômes atténués et évoluant vers la guérison.

Encore en traitement.

(1) La radiographie et l'observation de ce malade se trouvent dans la *Revue d'Orthopédie* de mars 1930, publiées sous le titre d'ostéite kystique.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par le Docteur LANCE ; *in thèse Bonnefous*,
Toulouse, 1925)

*Ostéite du col fémoral sans réaction articulaire. Intervention :
évidement du foyer. Guérison.*

D..., 6 ans. En 1918, au moment où il se relève d'une scarlatine, commence à boiter ; boite trois ou quatre jours, puis cela passe. En mars 1919, boite à nouveau. En juin, souffre de la hanche gauche et reste au lit pendant un mois.

Vu pour la première fois par le Docteur Lance le 5 juillet 1919. Limitation nette des mouvements de rotation interne et d'hyperextension de la hanche ; les autres mouvements sont libres. Atrophie musculaire légère ; pas de ganglions inguinaux ; gros ganglion de Cloquet en dehors de la veine fémorale ; empâtement profond en ce point. Col fémoral douloureux à la pression. Marche : membre en abduction et rotation externe.

On ne voit rien à la radiographie.

On prescrit le repos au lit et l'extension continue.

En septembre 1919 : Même attitude du membre en abduction et rotation externe ; épaissement de la peau, veines dilatées, ganglions inguinaux hypertrophiés, mais pas d'adénopathie iliaque. Impossibilité de faire la rotation interne et l'hyperextension ; les autres mouvements sont à peine limités. En somme, la hanche semble indemne ; on applique cependant un appareil plâtré, renouvelé périodiquement et remplacé en juin 1920 par un staff bivalve, que l'enfant porte tout l'été. Héliothérapie au bord de la mer.

En novembre 1920 : Les mouvements de la hanche restent étendus. Il est de plus en plus évident que l'articulation n'est pas atteinte et qu'il s'agit d'une ostéite juxta-coxale : le col fémoral est gros, douloureux à la pression. Allongement du membre gauche de 2 cm.

La radiographie, faite en rotation interne forcée (35°), montre le col en entier ; à sa partie supérieure on note une hypertrophie et une tache foncée entourée d'une zone plus claire. On pense à un tubercule enkysté de la partie supéro-externe du col, en voie de séquestration et on propose une opération.

Le 23 avril 1921, intervention (Docteur Lance) : Incision verticale sur le grand trochanter et on dénude toute sa face externe ; puis en passant dans l'interstice entre le tenseur du fascia lata et le couturier, on découvre la capsule articulaire qu'on dénude en avant et en arrière sans l'ouvrir. On prend alors, entre les doigts de la main gauche, le col à travers la capsule, pendant que, de la main droite on perfore, avec des mèches américaines de plus en plus grosses, le col dans toute son étendue. On se dirige très facilement d'après la position des doigts de la main gauche qui « sentent » la situation de l'instrument dans le col. On remplace la plus grosse mèche par une curette et on évide ainsi, de proche en proche, jusqu'à 5 cm. de profondeur ; on ramène alors des détritux fongueux et de l'os grisâtre, mais pas de séquestres. La cavité est comblée avec un morceau du grand fessier. Fermeture en deux plans, sans drainage. Réunion par première intention. Pas de plâtre.

Repos en décubitus trois mois, puis reprise de la marche. Les mouvements redeviennent normaux. Une radio faite le 1^{er} octobre 1921 montre une tache foncée à la place de l'évidement. La guérison s'est maintenue jusqu'à 1925 ; depuis nous n'avons pas eu de nouvelles du petit malade.

Conclusions

I. — Dans la tuberculose de la hanche, les foyers peuvent se localiser primitivement sur une seule extrémité osseuse, os iliaque ou fémur.

II. — Les lésions du col du fémur sont :

1° Des lésions cervico-céphaliques primitives ;

2° Des lésions cervicales ;

3° Des lésions cervico-trochantériennes ou cervico-diaphysaires.

Les premières donnent des coxalgies primitives, n'étant reconnues qu'à l'examen radiographique.

Les secondes et les troisièmes évoluent avec ou sans réaction articulaire du fait des rapports du col avec la capsule articulaire.

III. — Ces lésions cervicales se voient surtout chez les jeunes enfants.

IV. — Le traitement de ces ostéites est à l'étude.

Les ostéites avec coxalgies sont à traiter par l'immobilisation.

Les ostéites sans réaction articulaire ou avec une réaction articulaire minime peuvent guérir par l'im-

mobilisation ou par l'évidement opératoire; mais l'opération semble indiquée quand il existe un foyer très enkysté, de manière à prévenir l'extension à l'articulation et à abrégier la durée du traitement. Il faut se rappeler que les tuberculoses opérées le sont dans un os qui est en partie intra-articulaire et que l'immobilisation consécutive est indispensable pour assurer la prophylaxie ou la guérison de réactions articulaires très fréquentes.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NOVE-JOSSERAND.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 21 Novembre 1931

LE RECTEUR. PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- ALLENBACH (de Strasbourg). — Intervention conservatrice dans la tuberculose articulaire (*Revue d'Orthopédie*, 1924).
- ANDRIEU (de Berck). — Les ostéites juxta-articulaires (*Rapport au XI^e Congrès de la Société française d'Orthopédie*, Paris, 11 octobre 1929).
- BONNEFOUS. — Des ostéites tuberculeuses métaphysaires chez l'enfant. (*Thèse doctorat*, Toulouse, 1925).
- CAUBET. — Les fausses coxalgies chez l'enfant (*Toulouse Médical*, 15 mai 1914).
- COURBOULÈS. — Les limites de la chirurgie en matière de tuberculose osseuse et articulaire. Indications et contre-indications opératoires (In *Revue de Chirurgie*, 1926).
- DELITALA (F.) (de Bologne). — Contribution à l'étude de la tuberculose juxta-articulaire de la hanche (*Journal de Chirurgie*, 1913, p. 517).
- FALEUR. — Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire (*Thèse de Paris*, 1903).
- FOUILLoux-BUYAT. — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires (*Revue d'Orthopédie*, mars 1924).

- GANGOLPHE. — Ostéite tuberculeuse cervico-trochantérienne. Intervention hâtive (*Lyon Médical*, 19 juillet 1896).
- KOENIG. — *Tuberculose des os et des articulations*, 1896.
- LANE (T. J.-D.) (de Dublin). — Coïncidence de pseudo-coxalgie et de maladie de Köhler chez le même malade. (*Journal de Chirurgie*, 1924).
- LECÈNE (P.). — *Chirurgie des os et des articulations des membres*.
- MÉNARD. — Tuberculose du col du fémur (*Congrès de Chirurgie*, 1911).
- NICOLA (C. DE). — Traitement des ostéites tuberculeuses de la hanche et du genou, par les greffes à la manière de Robertson-Lavalle (*Semena medica*, an XXXVI, n° 8, février 1929).
- OLLIER. — *Traité des résections*, t. I et III.
- PONCET. — Tuberculose osseuse (In *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus).
- RICHOUX. — La tuberculose de la région trochantérienne chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1919).
- ROBERTSON-LAVALLE. — Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuse particulièrement celles du genou et de la hanche, par greffes osseuses (*Journal de Chirurgie*, 1926).
- SCHULTEN. — Opérations sur les os au voisinage des articulations (*Centre für Chirurgie*, 1889).
- SORREL et Mlle CHAUVEAU. — Trois cas de tuberculose juxta-coxale (*Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1926).

— Deux cas de tuberculose juxta-coxale (col fémoral) (*Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1921).

SORREL, LEROY et LABAU. — Deux cas de coxalgie consécutive à des lésions primitivement juxta-articulaires (*Société anatomique*, juillet 1921).

TALBOTT. — Resection of hip for tuberculosis of head of the femur (*Weekly Bull*, Saint-Louis, M. Soc. 1913).

WALDENSTROM. — Die operative Behandlung von Tuberkulose im Schenkelhals (*Ztschr. f. orthop. chir.*, Stuttgart, 1908).

YOVANOVITCH. — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires (*Thèse de Lyon*, 1922).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction.....	9
CHAPITRE II. — Rappel anatomique.....	15
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.....	19
CHAPITRE IV. — Symptomatologie.....	25
CHAPITRE V. — Traitement.....	29
CHAPITRE VI. — Evolution.....	35
CHAPITRE VII. — Observations.....	39
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



